

## Intensidade de dor, incapacidade e depressão em indivíduos com dor lombar crônica<sup>1</sup>

Márcia de Oliveira Sakamoto Silva Garbi<sup>2</sup>

Priscilla Hortense<sup>3</sup>

Rodrigo Ramon Falconi Gomez<sup>4</sup>

Talita de Cássia Raminelli da Silva<sup>5</sup>

Ana Carolina Ferreira Castanho<sup>6</sup>

Fátima Aparecida Emm Faleiros Sousa<sup>7</sup>

Objetivos: mensurar a intensidade dolorosa, identificar a incapacidade e os níveis de depressão em pessoas com dor lombar crônica e correlacionar essas variáveis. Trata-se de estudo transversal descritivo-exploratório, realizado na Clínica para o Tratamento da Dor do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, entre fevereiro e junho de 2012, após aprovação do Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP. Método: participaram 60 sujeitos com dor lombar crônica. Os instrumentos utilizados foram: a Escala de Categoria Numérica de 11 pontos, o Questionário Roland Morris de Incapacidade e o Inventário de Depressão de Beck. Para análise dos dados, foram calculadas as médias aritméticas, os desvios-padrões e o coeficiente de correlação de Spearman. Resultados: os achados mostraram que os participantes apresentaram elevados níveis de dor, de incapacidade e de depressão. A correlação entre intensidade de dor e incapacidade e entre intensidade de dor e depressão foi positiva fraca, e entre incapacidade e depressão foi positiva moderada. Conclusão: as variáveis estudadas apresentam índices moderados e fracos e as correlações foram positivas entre si.

Descritores: Dor Lombar; Medição da Dor; Atividades Cotidianas; Depressão.

<sup>1</sup> Artigo extraído da dissertação de mestrado "Avaliação da percepção de dor, incapacidade e depressão em indivíduos com dor lombar crônica" apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

<sup>2</sup> MSc.

<sup>3</sup> PhD, Professor Adjunto, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brasil.

<sup>4</sup> Aluno do curso de graduação em Psicologia, Universidade Paulista, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

<sup>5</sup> Doutoranda, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

<sup>6</sup> Especialista em Intervenção Familiar, Professor, Universidade Paulista, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

<sup>7</sup> PhD, Professor Titular, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Endereço para correspondência:

Márcia de Oliveira Sakamoto Silva Garbi  
Rua Maria Quitéria, 146  
Bairro: Alto da Boa Vista  
CEP: 14025-325, Ribeirão Preto, SP, Brasil  
E-mail: marshasilva@hotmail.com

Copyright © 2014 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros distribuam, editem, adaptem e criem obras não comerciais e, apesar de suas obras novas deverem créditos a você e ser não comerciais, não precisam ser licenciadas nos mesmos termos.

## Introdução

A dor é um fenômeno multidimensional e subjetivo, dessa forma, o indivíduo que a sente deve ser tratado em sua totalidade e individualidade<sup>(1)</sup>.

Para que o profissional da saúde consiga manejar a dor em sua totalidade é preciso que haja ampla avaliação desse indivíduo, considerando aspectos físicos, psíquicos, sociais e espirituais. Para isso, esse profissional deve entender que dor significa um agravo à existência, pois não é somente o corpo físico que se encontra doente, mas a vida em suas várias dimensões, como a relação consigo mesmo, família, trabalho e lazer<sup>(2)</sup>.

A Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública e a Sociedade Americana de Dor descrevem a dor como o quinto sinal vital que deve sempre ser registrado ao mesmo tempo e no mesmo ambiente clínico em que também são avaliados os outros sinais vitais, sendo eles a temperatura, o pulso, a respiração e a pressão arterial<sup>(3)</sup>.

A Dor Lombar Crônica (DLC), objeto do presente estudo, pode ocorrer devido a traumas, lesão mecânica, lesão medular, inflamação, infecção, entre outros, e já ter sido percebida em algum momento da vida por quase todos os adultos. Sua cronicidade é definida por permanecer durante pelo menos três meses<sup>(4)</sup>, sendo que sua prevalência é alta no Brasil e no mundo, gerando custos sociais e econômicos de grandes proporções<sup>(4-6)</sup>.

Tais custos estão relacionados às incapacidades relacionadas à dor e aos problemas emocionais como depressão, ansiedade e desesperança<sup>(7-8)</sup>. As incapacidades impõem limitações como a impossibilidade de desenvolvimento das atividades profissionais, afastamento do trabalho, alterações nas atividades de lazer e alterações no convívio familiar<sup>(9-10)</sup>.

A depressão é o quadro emocional mais frequente em indivíduos com dor crônica e há evidências de que se relaciona com a intensidade da dor<sup>(11-14)</sup>.

Diante desse cenário, o presente estudo surgiu como uma proposta de contribuição científica em relação à melhor compreensão de fatores associados à DLC como a intensidade da dor, a incapacidade e a depressão; fornece subsídios para que o profissional de saúde tenha melhor percepção das alterações ocasionadas pela DLC e a importância da avaliação desses fatores para o manejo da dor. Além disso, fornece subsídios para a escolha de abordagens terapêuticas mais efetivas para indivíduos com DLC.

Neste estudo, os objetivos foram: mensurar a intensidade de DLC percebida, identificar a incapacidade relacionada às atividades de vida diária, identificar os níveis

de depressão e estabelecer correlações entre as variáveis estudadas, pois essas podem refletir diretamente sobre as atividades de vida diária e do trabalho com impacto na qualidade de vida.

## Métodos

### Considerações éticas

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, segundo Protocolo no1358/2011 e Of. CEP-EERP/USP – 294/2011, sendo que a Resolução 466/12 do CNS/MS foi rigorosamente seguida. Todos os participantes foram convidados a participar do estudo e aqueles que aceitaram assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

### Participantes

Os participantes da pesquisa foram indivíduos que realizavam tratamento para DLC. A coleta de dados ocorreu no período de fevereiro a junho de 2012. Os critérios de inclusão utilizados foram: ter idade acima de 18 anos e apresentar diagnóstico médico de DLC não oncológica (dor há mais de 3 meses). Os critérios de exclusão foram: indivíduos com incapacidade de racionalização e alteração de funções físicas e/ou cognitivas que impossibilitassem a coleta dos dados.

### Local

A coleta de dados foi realizada na Clínica para o Tratamento da Dor do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCRP-USP).

### Instrumentos

Para que os objetivos fossem atingidos, utilizou-se um questionário contendo os itens para a coleta de dados sociodemográficos e econômicos, perguntas relacionadas à percepção da dor, o Questionário Roland-Morris de Incapacidade (RMDQ)<sup>(15)</sup> e o Inventário de Depressão de Beck<sup>(16)</sup> (IDB), sendo que o Questionário de Roland-Morris de Incapacidade e o Inventário de Depressão de Beck são de livre acesso.

A intensidade de dor foi avaliada utilizando-se da Escala de Categoria Numérica (0 a 10 pontos), sendo que 0 indica "sem dor", 10 "dor máxima" e os outros escores, de 2 a 9, indicam níveis intermediários de dor percebida.

A incapacidade foi avaliada por meio do Questionário Roland Morris de Incapacidade que é um instrumento específico para avaliar incapacidade em sujeitos com DLC, tendo sido adaptado e validado para o a cultura

brasileira<sup>(15)</sup>. Esse instrumento contém 24 afirmações relacionadas às atividades de vida diária que indicam incapacidades provocadas pela dor, utilizando-se a frase "por causa das minhas costas...". O escore do questionário é calculado pelo número total de perguntas assinaladas com resposta "sim", dessa forma, variando de 0 a 24, sendo que zero corresponde à ausência de incapacidade e 24 à incapacidade severa, e os resultados superiores a 14 correspondem à incapacidade significativa<sup>(17)</sup>.

A depressão foi avaliada por meio do Inventário de Depressão de Beck, validado para a cultura brasileira. Esse instrumento é composto por 21 itens com afirmações graduadas de 0 a 3, que refletem a intensidade do sintoma. O escore varia de 0 a 63, sendo que quanto maior o escore maior o nível de depressão percebido. Para amostras não diagnosticadas, as diretrizes são diferentes, recomendam-se escores acima de 15 para detectar disforia e concluem que o termo "depressão" deve ser apenas utilizado para os indivíduos com escores acima de 20, preferencialmente com diagnóstico clínico concomitante<sup>(16)</sup>.

## Procedimentos

Trata-se de pesquisa transversal descritivo-exploratória.

Primeiramente os sujeitos foram selecionados por meio de prontuário médico. A análise do prontuário foi com o intuito de identificar os portadores de DLC. Em seguida, após o convite e consentimento dos participantes, iniciou-se a coleta de dados com a utilização dos instrumentos relatados.

## Análise dos resultados

Para análise dos dados sociodemográficos, dos dados relacionados à dor, à depressão e à incapacidade foi utilizada a estatística descritiva com medidas de tendência central (Média - MA, Mediana - Med, Mínimo - Mín e Máximo - Máx) e medidas de dispersão (Desvio-Padrão - dp), além de cálculos de porcentagem. Utilizou-se o software *Statistical Package for Social Science* (SPSS) 18, para Windows.

As correlações entre intensidade da dor, incapacidade e depressão foram calculadas por meio do coeficiente de correlação de Spearman, sendo que esse quantifica o grau de dependência entre duas variáveis, utilizando um único número para descrever a relação entre elas. O nível de significância utilizado foi 0,01<sup>(18)</sup>.

## Resultados

Participaram 60 indivíduos com DLC. A Tabela 1 apresenta a distribuição sociodemográfica, sendo a

maioria do sexo feminino (63,33%) e com idade média de 54,8 anos, variando de 22 a 91 anos.

Tabela 1 - Distribuição dos indivíduos com dor lombar crônica, segundo as variáveis sociodemográficas. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2012

Variáveis	Número absoluto (n)	Porcentagem (%)
Idade		
22-30	1	1,67
31-40	7	11,67
41-50	15	25
51-60	15	25
61-70	15	25
71-80	5	8,32
81-91	2	3,34
Estado civil		
Casado	37	61,67
Divorciado	8	13,33
União estável	6	10
Viúvo	6	10
Solteiro	3	5
Escolaridade		
Analfabeto	5	8,33
Ensino fundamental incompleto	37	61,67
Ensino fundamental completo	3	5
Ensino médio incompleto	3	5
Ensino médio completo	9	15
Ensino superior incompleto	0	0
Ensino superior completo	3	5
Profissão*		
Serviços domésticos	23	38,33
Aposentado	12	20
Serviços prestados	5	8,33
Outros	12	33,34
Renda familiar† (SM)	2,20 (1-10,45)	

\*Classificação de Ocupação e Atividade, segundo o IBGE, 2011

†Renda familiar em salário-mínimo, calculado a partir de R\$622,00, jun/2012

A maioria dos sujeitos (95%) fazia uso de medicamentos para dor e a média de tempo de percepção de dor foi de 108 meses.

Dentre os 60 participantes, 23,33% realizavam outros tipos de tratamento para dor, sendo eles: psiquiátrico, fisioterápico, psicológico, aulas de hidroginástica e aulas de ginástica. O local onde os sujeitos estudados estavam sendo tratados não oferece outros tipos de tratamento, apenas o medicamentoso.

Na Tabela 2 são apresentados os valores da intensidade de dor, incapacidade e depressão, segundo média aritmética, desvio-padrão, mediana, mínimo e máximo, nos indivíduos com DLC estudados.

Tabela 2 - Distribuição dos valores (média, desvio-padrão, mediana, mínimo e máximo) da intensidade de dor, incapacidade e depressão em indivíduos com DLC. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2012

	Média	Desvio-Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Intensidade de dor (0-10)	7,38	2,14	8	1	10
Incapacidade (0-24)	19,87	2,96	21	12	24
Depressão (0-63)	24,98	13,57	22,5	3	61

Observa-se que, em relação aos resultados obtidos no Questionário de Roland Morris, 95% dos sujeitos apresentaram resultado maior que 14 pontos, o que indica importante grau de incapacidade. Os resultados obtidos por meio do Inventário de Depressão de Beck apontaram que 61,66% dos sujeitos apresentaram pontuação acima de 20 pontos, sugerindo sintomas de depressão, já que essa amostra não tinha sido diagnosticada anteriormente.

As correlações foram calculadas por meio da correlação de Spearman e o nível de significância foi de 0,01. A correlação encontrada entre a intensidade de dor e incapacidade foi uma correlação positiva fraca (0,232). Entre as variáveis intensidade de dor e depressão também se observou correlação positiva fraca (0,166). Já a correlação entre as variáveis incapacidade e depressão foi positiva moderada (0,362).

## Discussão

Quanto à intensidade de dor percebida pelos participantes, a média encontrada foi de 7,38 pontos e 55% dos entrevistados apresentavam dor de intensidade igual ou maior que 8,0 pontos; assim, pode-se considerar que os sujeitos estudados apresentavam dor de elevada intensidade. Alguns autores nacionais e internacionais também encontraram indivíduos com DLC com elevados níveis de intensidade de dor<sup>(7,9,19-20)</sup>.

Em relação à incapacidade avaliada, por meio do RMDQ (0-24 pontos), observou-se que a média foi de 19,87 pontos, sugerindo que os indivíduos dessa amostra apresentaram grande incapacidade funcional. Há, no Brasil e em outros países, estudos onde se encontraram resultados parecidos em pessoas com DLC<sup>(12-14,19)</sup>.

No que se refere à depressão, avaliada pelo IDB (0 a 63 pontos), a amostra estudada apresentou média de 24,98 pontos, sugerindo algum grau de depressão. Observa-se que há outros estudos na literatura mundial que apresentaram resultados semelhantes<sup>(7,9,14,19,21)</sup>.

Observou-se que as correlações existentes entre intensidade de dor e incapacidade e entre intensidade de dor e depressão foram correlações positivas fracas. Dessa forma, entende-se que a intensidade de dor

influencia fracamente os índices de incapacidade e de depressão, sendo assim, quanto maior a intensidade de dor percebida maior a incapacidade relacionada à dor e maiores são as possibilidades de aparecerem sintomas relacionados à depressão, o ciclo contrário também pode estar acontecendo.

Sugere-se que a dor pode ocasionar incapacidade e depressão, visto que a dor pode reduzir o movimento, ocasionando, assim, incapacidade. E, por sua vez, a incapacidade reduz o movimento ocasionando a dor, tornando-se um círculo vicioso.

A fraca correlação encontrada entre a intensidade de dor e a incapacidade e entre a intensidade de dor e a depressão, no entanto, sugere que, embora essas variáveis estejam relacionadas, incapacidade e depressão, não ocorrem apenas em função da intensidade da dor, outros fatores não estudados também podem estar contribuindo.

Já a correlação entre a incapacidade e a depressão foi positiva moderada, sugerindo que quanto maior a incapacidade relacionada à dor lombar crônica maior a possibilidade de surgirem os sintomas relacionados à depressão ou vice-versa. Dor e incapacidade podem ocasionar depressão, pois a dor e a incapacidade restringem o convívio familiar e social, o trabalho e as atividades de lazer. Há algumas pesquisas nacionais e internacionais que também observaram essas correlações<sup>(7,9,14,19)</sup>.

A incapacidade impede a pessoa de realizar atividades que faziam antes como afazeres domésticos, esporte, interações sociais etc., possibilitando os sintomas de depressão. O contrário também pode ser verdadeiro, ou seja, sujeitos deprimidos tendem a ficar mais isolados e sem motivação para se envolverem em quaisquer tipos de atividade.

Observa-se, no presente estudo e nos estudos a seguir relacionados, grande preocupação dos pesquisadores em avaliar a DLC em vários aspectos, identificando índices relacionados ao impacto da dor na vida diária. Isso se faz de extrema importância para o avanço do entendimento desse fenômeno tão complexo e, dessa forma, para as propostas de manejo.

Pesquisadores realizaram um estudo com o objetivo de avaliar a percepção da dor em indivíduos com DLC e compará-la com níveis de qualidade de vida e incapacidade

física. Eles encontraram que a média da incapacidade foi de 14,4 pontos, da intensidade de dor foi de 5,4 pontos e da qualidade de vida, 48,1 pontos, sendo o domínio físico o mais prejudicado, com 44,1 pontos. Os sujeitos apresentaram elevados níveis de dor e incapacidade, sendo que houve forte associação entre o domínio físico da qualidade de vida e a incapacidade e moderada associação entre a incapacidade e o domínio psicológico da qualidade de vida<sup>(8)</sup>.

Em outro estudo realizado, os pesquisadores observaram que a depressão apareceu em 52% dos sujeitos com DLC e que há relação substancial de depressão e os quadros de DLC. Os autores sugerem que a grande maioria dos sujeitos que sofrem de DLC apresenta problemas emocionais como depressão, ansiedade e desesperança, além de estarem expostos a fatores socioeconômicos determinantes, portanto, é necessária a identificação desses componentes para que haja abordagem mais completa e eficaz no manejo da DLC<sup>(9)</sup>.

Em um estudo realizado com sujeitos que apresentavam DLC, os pesquisadores avaliaram a depressão por meio do IDB (11,86), a incapacidade por meio do RMDQ (12,7) e as estratégias de enfrentamento e as crenças sobre o controle da dor por meio dos questionários *Coping Strategies Questionnaire* e *Beliefs about Pain Control Questionnaire* (BPCQ-PL). A incapacidade está correlacionada positivamente com o descanso, o relaxamento e o fato de pedir ajuda social, ou seja, quanto maior a incapacidade mais o sujeito descansa, relaxa e pede ajuda social. E a depressão está correlacionada positivamente com o fato de pedir ajuda social e o relaxamento, portanto quanto maior a depressão mais o sujeito tende a relaxar e pedir ajuda social. Observou-se, também, que as estratégias de enfrentamento da dor crônica estão relacionadas às crenças sobre o controle da dor, a depressão e a incapacidade<sup>(22)</sup>.

Em outro estudo, pesquisadores estudaram a correlação entre incapacidade (Índice de Incapacidade de Oswestry), depressão (IDB), atividade física (Questionário Internacional de Atividade Física), qualidade de vida (SF-36) e sono (Qualidade do Sono de Pittsburg) em sujeitos com DLC. Os sujeitos foram divididos em três grupos: grupo I (tratamento ambulatorial), grupo II (pré-operatório) e grupo III (controle). Os resultados mostraram que todos os parâmetros do grupo I foram menores que os do grupo II e todos os parâmetros do grupo controle foram mais altos que dos outros grupos. A incapacidade e a depressão se correlacionaram positivamente com a atividade física no grupo II e a atividade física foi correlacionada com a

função física e vitalidade (subparâmetros da qualidade de vida) em todos os grupos. Observou-se que não houve correlação entre a qualidade do sono e a atividade física nos três grupos e não foi observado nenhum efeito da atividade física na incapacidade, na depressão e na qualidade do sono no grupo III<sup>(23)</sup>.

Pesquisadores realizaram um estudo e encontraram uma média de incapacidade de 8,64 pontos no RMDQ em pessoas com DLC. Após avaliarem os resultados concluíram que os indivíduos que sentiam dores nas costas por período maior e que tinham baixa autoeficácia apresentaram resultados clínicos menos eficazes. Os autores associaram a dor lombar aos fatores psicológicos e observaram que a incapacidade estava associada à percepção negativa das consequências da doença, à baixa autoeficácia e à depressão<sup>(13)</sup>.

Em um estudo realizado, os autores encontraram média da intensidade de dor de 7,8 pontos, sendo que 80,7% dos indivíduos apresentavam incapacidade de moderada a grave e 36,7% apresentavam índices de depressão. Foram encontrados três fatores relacionados à incapacidade, sendo eles, a ausência de trabalho remunerado, a baixa autoeficácia e a depressão. Eles também observaram que houve maior prevalência de incapacidade entre os sujeitos com dor intensa, dor prolongada, sintomas depressivos, fadiga, baixa autoeficácia, com elevado medo e evitação da dor<sup>(7)</sup>.

Os pesquisadores observaram que os sujeitos com sintomas de depressão apresentam chance 1,2 vez maior de estarem incapacitados em relação aos sujeitos sem esse sintoma. Portanto, tratar os sintomas depressivos é eficaz no sentido de minimizar a incapacidade. A incapacidade relacionada à dor prejudica diversos aspectos de vida diária e provoca sofrimento psíquico<sup>(7)</sup>.

Em um estudo realizado com participantes que apresentavam DLC, os pesquisadores observaram altos níveis de intensidade de dor, incapacidade e depressão. Os resultados mostraram que a incapacidade e a depressão apresentam correlação positiva fraca, sugerindo que a incapacidade aumenta quando a depressão também aumenta ou vice-versa. Em relação à função física, observou-se que, quando essa diminui, a intensidade de dor, a ansiedade, a depressão e o medo aumentam, já a qualidade de vida diminui quando a intensidade de dor e o medo aumentam<sup>(19)</sup>.

Outro estudo foi conduzido com o objetivo de examinar a influência da catastrofização e de outras variáveis psicológicas sobre a dor e a incapacidade em 78 sujeitos com DLC. Eles observaram, nos resultados, que os sujeitos com DLC apresentavam média para o RMDQ de 11,6 pontos e para Escala Visual Analógica

(EVA) de 5,3 pontos, e concluíram que a percepção de dor e a incapacidade estão correlacionadas fortemente à catastrofização da dor, ao medo e à depressão<sup>(12)</sup>.

Nos estudos supracitados<sup>(7,12-13,19)</sup>, observa-se que há relação entre incapacidade e depressão, podendo sugerir que os indivíduos que não conseguem realizar suas atividades, por causa da dor, sentem-se incapacitados e impotentes, além disso, os sujeitos com altos índices de depressão tendem a ficar mais isolados e menos motivados em relação ao tratamento.

Pesquisadores realizaram um estudo com sujeitos com DLC e observaram que há associação entre a DLC e os fatores psicossociais relacionados ao trabalho. Os fatores psicossociais relacionados ao trabalho foram avaliados por meio do questionário *Brief Job Stress Questionnaire* (BJSQ) e os cinco fatores que mais apareceram foram: estresse interpessoal no trabalho, satisfação no trabalho, depressão, apoio de supervisores no trabalho e a satisfação na vida diária. Além dos fatores psicossociais, a ergonomia no trabalho, a incapacidade de trabalhar e a história familiar também se relacionam à DLC e todos esses fatores podem tornar a DLC leve em moderada<sup>(10)</sup>.

Indivíduos que enfrentam dificuldades para realizar atividades do dia a dia e não conseguem desenvolver atividades laborais tendem a se afastar do convívio social e evitar as atividades de lazer. O isolamento social e a evitação das atividades relacionadas à dor pode reduzir a autoeficácia e aumentar a chance de desenvolvimento de sintomas depressivos e de incapacidade<sup>(7)</sup>.

Já uma pesquisa realizada com o objetivo de analisar a relação entre os fatores psicológicos, o desempenho físico e a incapacidade, observou-se que a média de intensidade de dor encontrada foi de 5 pontos, da incapacidade (RMDQ) foi 12,6 pontos e da depressão (IDB) foi 7,3 pontos. Não foi encontrada correlação entre incapacidade, depressão e desempenho físico, o que diverge do presente estudo<sup>(14)</sup>.

Os pesquisadores deste estudo levantam a hipótese de que a correlação pode não ter existido, diferentemente de vários outros estudos, devido às características da amostra como, por exemplo, a idade média dos sujeitos (38,5 anos), a média de intensidade de dor (5) e a média de tempo de percepção de dor (13 meses). Quando se comparam esses dados aos do presente estudo, observa-se que há diferença nessas características, já que a presente amostra tem médias maiores da idade (54,8 anos), da intensidade de dor (7,38) e do tempo de percepção de dor (108 meses).

Dessa forma, entende-se que é necessária a avaliação dos componentes físicos, psicológicos (história pessoal, sintomas de ansiedade, depressão, cognição,

crenças sobre dor, formas de lidar com a dor entre outros) e sociais (ambiente de trabalho, satisfação, estresse no trabalho, compensação financeira entre outros) para os profissionais entenderem como o indivíduo percebe a dor e como ele se adapta a ela. Dessa forma, pode-se manejar a dor de maneira mais completa e eficaz para prevenir incapacidades e cronicidade.

Os pensamentos negativos e a fadiga são sintomas frequentes nos quadros depressivos e podem interferir no modo de lidar com a dor e contribuir para a presença de incapacidade. Portanto, tratar os sintomas depressivos, pode ser uma estratégia eficaz no sentido de minimizar a incapacidade e a dor.

## Conclusão

Observa-se, por meio dos resultados, que os participantes deste estudo apresentaram altos níveis de dor, incapacidade e depressão e que a intensidade de dor está correlacionada positivamente à incapacidade e à depressão e que a incapacidade tem correlação positiva ainda maior com a depressão.

O presente estudo pode contribuir para retratar aspectos do fenômeno doloroso ainda não avaliados pelo profissional da saúde no manejo da dor lombar crônica. Avaliar variáveis como incapacidade e depressão se faz necessário para conhecer aspectos individuais da experiência dolorosa e, dessa forma, propor manejo da dor baseado na realidade encontrada. Tais aspectos estão diretamente relacionados à percepção da dor e aos prejuízos na vida diária.

Esses achados nos fazem entender que o manejo da dor deve ser multi e interdimensional (emocional, social e físico), ou seja, todos os profissionais de saúde (médicos, psicólogos, enfermeiros, fisioterapeutas, entre outros) devem trabalhar em conjunto em busca do cuidado individual e que a avaliação deve ser repensada também no ensino e na pesquisa.

## Referências

1. Hortense P, Sousa FAEF. Escalonamento comparativo de diferentes dores nociceptivas e neuropáticas por meio de métodos psicofísicos variados. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2009;17(2):207-14.
2. Sanches LM, Boemer MR. O convívio com a dor: um enfoque existencial. Rev Esc Enferm USP. 2002; 36(4):386-93.
3. Sousa FAEF. Dor: o quinto sinal vital. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2002;10(2):446-7.
4. Assis FD, Amaral C, Tucci C, Costa SMB. Uso terapêutico da radiofrequência pulsátil no gânglio dorsal



- da raiz de L2 na lombalgia discogênica. *Coluna/Columna*. 2009;8(2):139-42.
5. Asghari A. Psychometric properties of a modified version of the Roland Morris disability questionnaire (M-RMDQ). *Arch Iran Med*. 2011;14(5):327-31.
6. Meucci RD, Fassa AG, Paniz VMV, Silva MC, Wegman DH. Increase of chronic low back pain prevalence in a medium-sized city of southern Brazil. *BMC Musculoskel Disord*. 2013; 14:155-61.
7. Salvetti MG, Pimenta CAM, Braga PE, Corrêa CF. Incapacidade relacionada à dor lombar crônica: prevalência e fatores associados. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(Esp):16-23.
8. Stefane T, Santos AM, Marinovic A, Hortense P. Chronic low back pain: pain intensity, disability and quality of life. *Acta Paul Enferm*. 2013;26(1):14-20.
9. Amaral V, Marchi L, Oliveira L, Pimenta L. Prevalência e relação de fatores emocionais e clínicos em pacientes com discopatia degenerativa. *Coluna/Columna*, 2010; 9(2):150-6.
10. Matsudaira K, Konishi H, Miyoshi K, Isomura T, Inuzuka K. Potential Risk Factors of Persistent Low Back Pain Developing from Mild Low Back Pain in Urban Japanese Workers. *Plos One*. 2014;9(4):e93924.
11. Castro MMC, Daltro C. Sleep patterns and symptoms of anxiety and depression in patients with chronic pain. *Arq Neurol*. 2009;67(1):25-8.
12. Meyer K, Tschopp A, Sprott H, Mannion AF. Association between catastrophizing and self-rated pain and disability in patients with chronic low back pain. *J Rehab Med*. 2009;41(8):620-5.
13. Foster NE, Thomas E, Bishop A, Dunn KM, Main CJ. Distinctiveness of psychological obstacles to recovery in low back pain patients in primary care. *Pain*. 2010;148(3):398-406.
14. Preuper HRS, Reneman MF, Boonstra AM, Dijkstra PU, Versteegen GJ, Geertzen JH, et al. Relationship between psychological factors and performance-based and self-reported disability in chronic low back pain, *Eur Spine*. 2008;17(11):1448-56.
15. Nusbaum L, Natour J, Ferraz MB, Goldenberg J. Translation, adaptation and validation of the Roland-Morris questionnaire – Brazil Roland-Morris. *Braz J Med Biol Res*. 2001;34(2):203-10.
16. Gorestein C, Andrade L. Inventário de Depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Rev Psiquiatr Clín*. 1998; 25(5):245-50.
17. Roland M, Morris R. A study of the natural history of back pain. Part I: development of reliable and sensitive measure of disability in low back pain. *Spine*. 1983;8(2):141-4.
18. Siegel S, Castellan JN. Estatística não paramétrica para ciência do comportamento. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. 448 p.
19. Guclu DG, Guclu O, Ozaner A, Senormanci O, Konkan R. The relationship between disability, quality of life and fear-avoidance beliefs in patients with chronic low back pain. *Turk Neurosurg*. 2012;22(6):724-31.
20. Jorge LL, Gerard C, Revel M. Evidences of memory dysfunction and maladaptive coping in chronic low back pain and rheumatoid arthritis patients: challenges for rehabilitation. *Eur J Phy Rehab Med*. 2009; 45(4):469-77.
21. Luk KD, Wan TW, Wong YW, Cheung KM, Chan KY, Cheng AC, et al. A multidisciplinary rehabilitation programme for patients with chronic low back pain: a prospective study. *J Orthop Surg*. 2010;18(2):131-8.
22. Misterska E, Jankowski R, Głowacki M. Chronic pain coping styles in patients with herniated lumbar discs and coexisting spondylotic changes treated surgically: Considering clinical pain characteristics, degenerative changes, disability, mood disturbances, and beliefs about pain control. *Med Sci Monit*. 2013; 19:1211-20.
23. Soysal M, Kara B, Arda MN. Assessment of Physical Activity in Patients with Chronic Low Back or Neck Pain. *Turk Neurosurg*. 2013;23(1):75-80.

Recebido: 17.9.2013

Aceito: 7.5.2014